

# 検査依頼票

記載がより  
簡単になりました!

年 月 日

国立病院機構京都医療センター 地域医療連携室

紹介予約FAX( 24時間受付)

お問い合わせ( 平日9:00~17:00)

 075-643-4361

 0120-06-4649

医療機関名	
医師名	
電話・FAX番号	

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	(旧姓)	T S 年 月 日生 H R
電話番号	- - (自宅/携帯)	当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
来院の際、 <u>紹介状・保険証原本</u> (またはマイナンバーカード)をお持ち頂きますよう、患者さんにお伝え下さい。		

病名	の疑い <input type="checkbox"/> 入院中	紹介元医療機関に入院中の場合はチェックを入れてください。
----	----------------------------------	------------------------------

希望日	第一希望日 月 日 時頃	第二希望日 月 日 時頃	
検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ直行便 ( <input type="checkbox"/> 鎮静希望 )		
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー検査		
	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> CT(単純)	<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>腎機能評価※</b></p> <p>CRE _____ mg/dL</p> <p>または</p> <p>eGFR _____</p> <p>検査日 年 月 日</p> </div>	
	<input type="checkbox"/> CT(造影) <b>必ずご記入下さい</b>		
	<input type="checkbox"/> MR(単純・MRA含む)		
	<input type="checkbox"/> MR(造影) <b>必ずご記入下さい</b>		
<input type="checkbox"/> 一般撮影			
<input type="checkbox"/> 骨塩定量 ( <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨 )			
<input type="checkbox"/> R	ご希望の検査名をご記入ください ( )		
注意事項	<input type="checkbox"/> ペースメーカー有り ( ペースメーカー手帳もあわせてFAXしてください )		
	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( MR検査は原則、14週以上から撮影できます )		
※ 造影検査で、腎機能障害がある場合や判断が難しい場合、当院の判断で、単純検査に変更させていただくことがありますので、ご了承ください。 ( 造影検査での腎機能のめやす CT: eGFR>45, MRI: eGFR>60 )			

病院への連絡事項等